



### Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects copyrights-free medical documents for non-lucrative use.

Some articles are subject to the author's copyrights.

Our team does not own copyrights for some content we publish.

"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however, we are not able to contact all the authors.

If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on:  
facadm16@gmail.com

All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.

Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.



# CAS CLINIQUES

A decorative graphic consisting of several overlapping, wavy shapes in shades of blue and black, creating a modern, abstract background for the lower half of the slide.

# Cas clinique n°1

- ▶ Madame L., 48 ans, est hospitalisée pour syndrome douloureux thoracique aigu. Depuis 7 heures, elle ressent une douleur médiosternale, intense, angoissante.
- ▶ A l'examen clinique : patiente obèse (1 m 60, 72 kilos), tension artérielle = 120/70 mm Hg, pouls = 100/minute régulier, température = 37,1 °C. Auscultation cardiopulmonaire normale, examen vasculaire normal.
- ▶ Aucun antécédent pathologique relevé, en dehors d'un tabagisme à 30 paquets-année.

- ▶ 1. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ?
- ▶ 2. Quels sont les deux premiers examens complémentaires que vous demandez ?

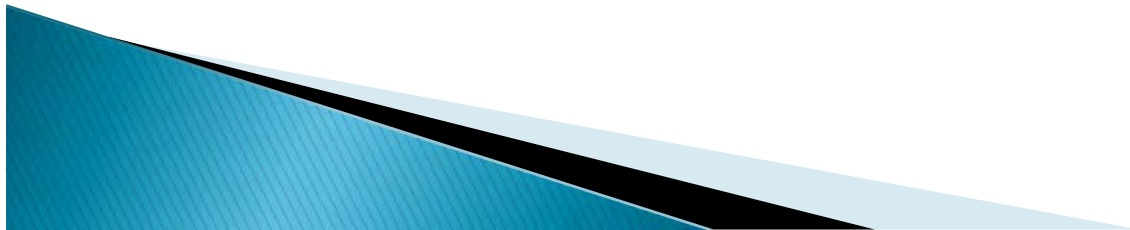


1. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ?

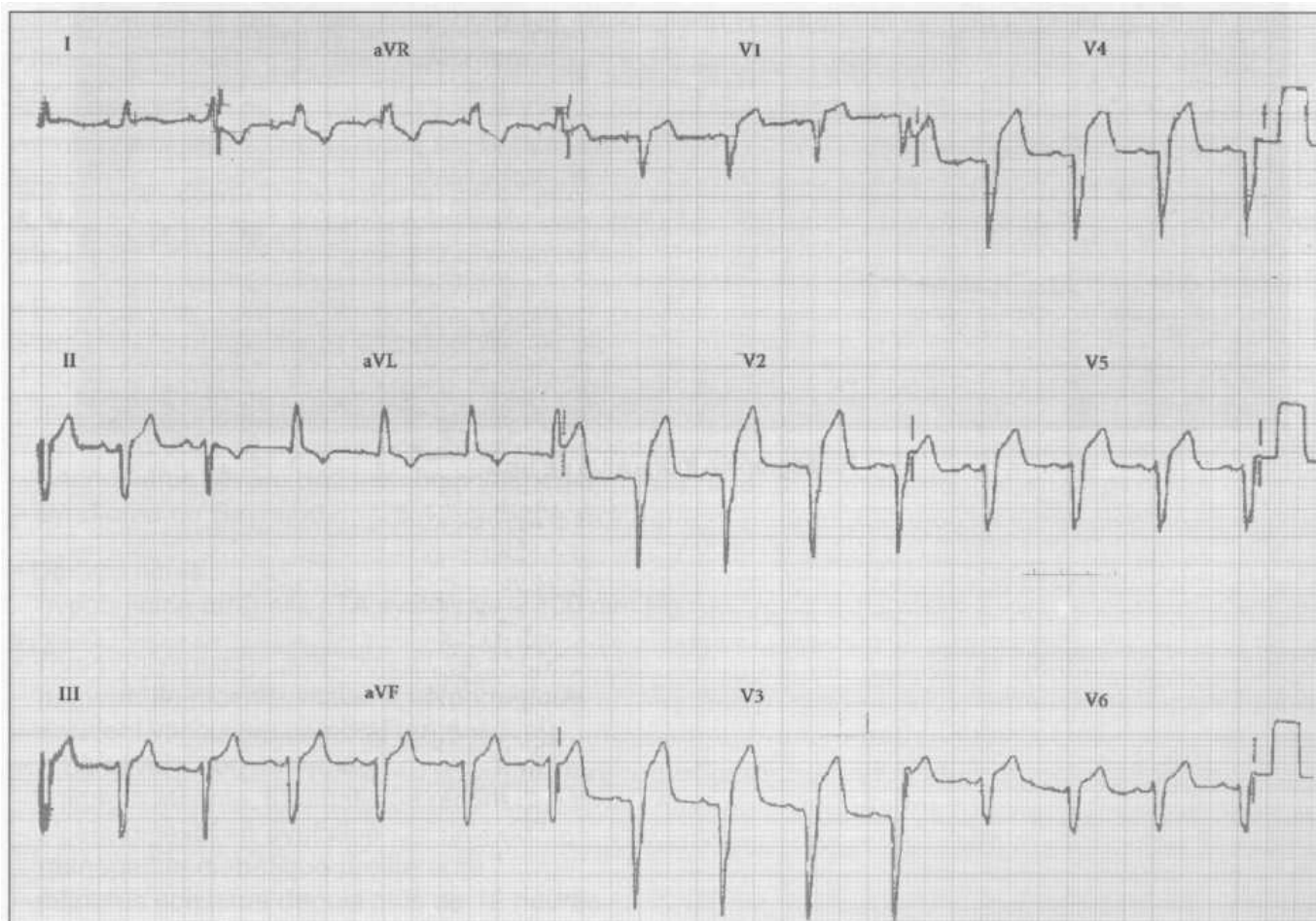
- ▶ syndrome coronaire aigue

2. Quels sont les deux premiers examens complémentaires que vous demandez ?

- ▶ ECG
- ▶ Dosage des enzymes cardiaques (troponine Tc,Ic ou CPK MB)



# 3. Comment interprétez-vous cet ECG ?

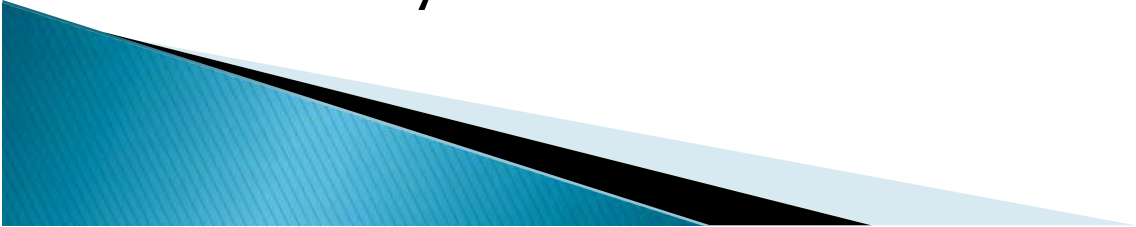


- ▶ Rythme sinusal à 100/minute
- ▶ Hémibloc antérieur gauche
- ▶ Sus-décalage du segment ST (onde de Pardee)
  - lésion sous épicardique
  - en V1, V2, V3, V4, V5, V6
  - onde Q en V1, V2, V3, V4
  - aspect rS en V5–V6
- ▶ Infarctus du myocarde antérieur en cours de constitution

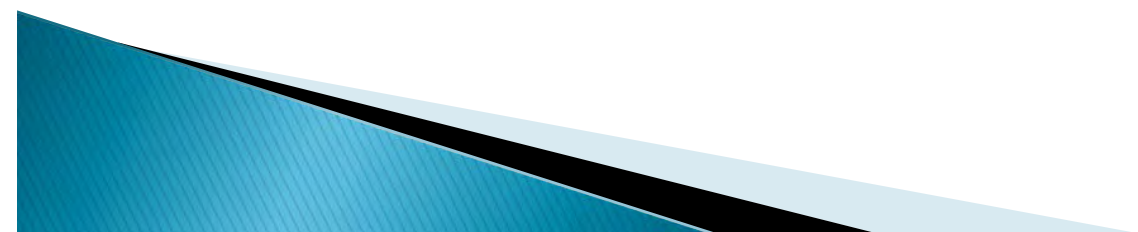


4. Quelle est votre conduite thérapeutique dans l'immédiat ?
5. Votre traitement médical comporte certains produits ayant des contre indications à rechercher absolument.
  - ▶ Lesquels ?
  - ▶ Quelles contre indications ?



- ▶ Conduite thérapeutique:
  - ▶ Hospitalisation
  - ▶ Rassurer le malade
  - ▶ monitoring: ECG, TA, FC, FR, SaO<sub>2</sub>
  - ▶ Antalgiques majeurs (morphiniques)
  - ▶ Aspégique 250 mg en IVD
  - ▶ Héparine sodique bolus 60 UI/Kg suivie de 500UI/Kg/Jour pour avoir un TCK 2 à 3 fois le témoins
  - ▶ Béta bloquant: aténolol 5mg IV suivie 15 min après de 5mg IV si FC > 60/min suivie 15 min après de 50mg per os
  - ▶ Revascularisation par angioplastie primaire ou fibrinolyse
- 

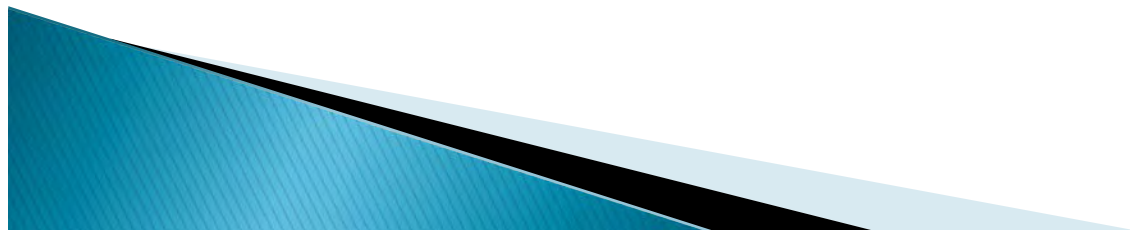
- • Bêtabloquants:
  - – bradycardie  $< 50/\text{minute}$
  - – bloc auriculoventriculaire du 2° ou du 3° degré non appareillés
  - – insuffisance cardiaque
  - – asthme (oubli = 0)
  - – artériopathie sévère des membres inférieurs
  - – syndrome de Raynaud .
- • Thrombolytiques :
  - – hémorragie récente, maladie hémorragique
  - – AVC hémorragique CI à vie
  - – AVC ischémique  $< 6\text{mois}$
  - – chirurgie récente, traumatisme récent  $< 3\text{ semaines}$
  - – ulcère digestif en évolution ou hémorragie digestive  $< 1\text{ mois}$
  - – dissection aortique
  - – tumeur maligne
  - – insuffisance hépatocellulaire sévère
  - – HTA sévère non contrôlée
  - – endocardite
  - – grossesse
- • Aspirine (certaines contre-indications communes aux thrombolytiques sont déjà citées) :
  - – allergie
- • Héparine (certaines contre-indications communes aux thrombolytiques sont déjà citées)
  - – antécédent de thrombopénie induite par l' héparine.



- ▶ 6. A supposer que vous utilisiez un traitement médical optimal, quels en sont les critères d'efficacité dans les deux premières heures?

- ▶ 6. A supposer que vous utilisiez un traitement médical optimal, quels en sont les critères d'efficacité dans les deux premières heures?
- ▶ • Sédation de la douleur pendant la perfusion (90 minutes)
- ▶ • Diminution du sus décalage de ST de plus de 50 % pendant la perfusion
- ▶ • Rythme idioventriculaire accéléré (ou bradycardie  $< 55/\text{mn}$  si infarctus inférieur) pendant la perfusion
- ▶ • Pic enzymatique de CPK précoce, avant la douzième heure
- ▶ • Syndrome de reperfusion : reprise des douleurs, réapparition provisoire du sus décalage de ST

- ▶ 7. Votre traitement a été efficace, mais trois ans plus tard, la malade est réhospitalisée pour hémiplégie gauche brutale avec confusion. A l'examen, le choc de pointe est anormal, avec une sensation de double battement. L'ECG est inchangé par rapport à la sortie de convalescence avec une persistance du sus décalage du segment ST. Quel est votre diagnostic ?



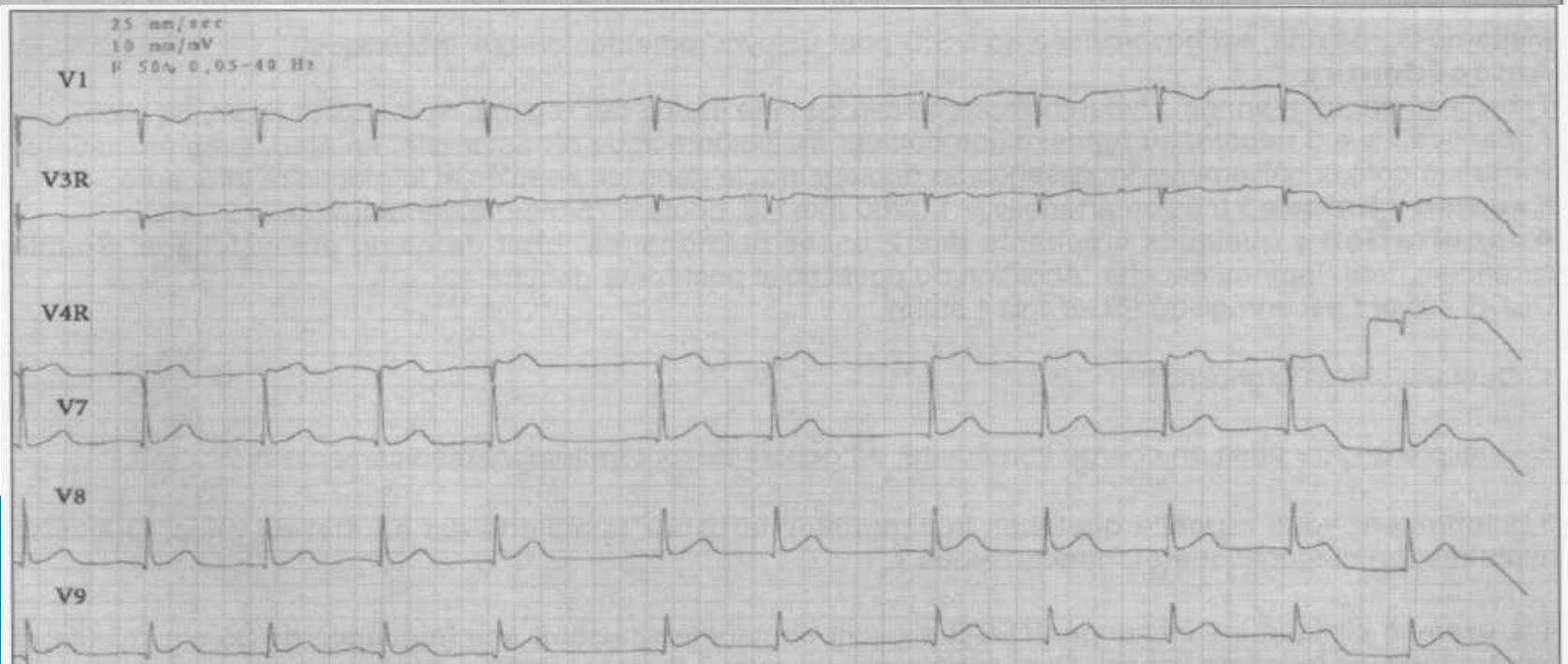
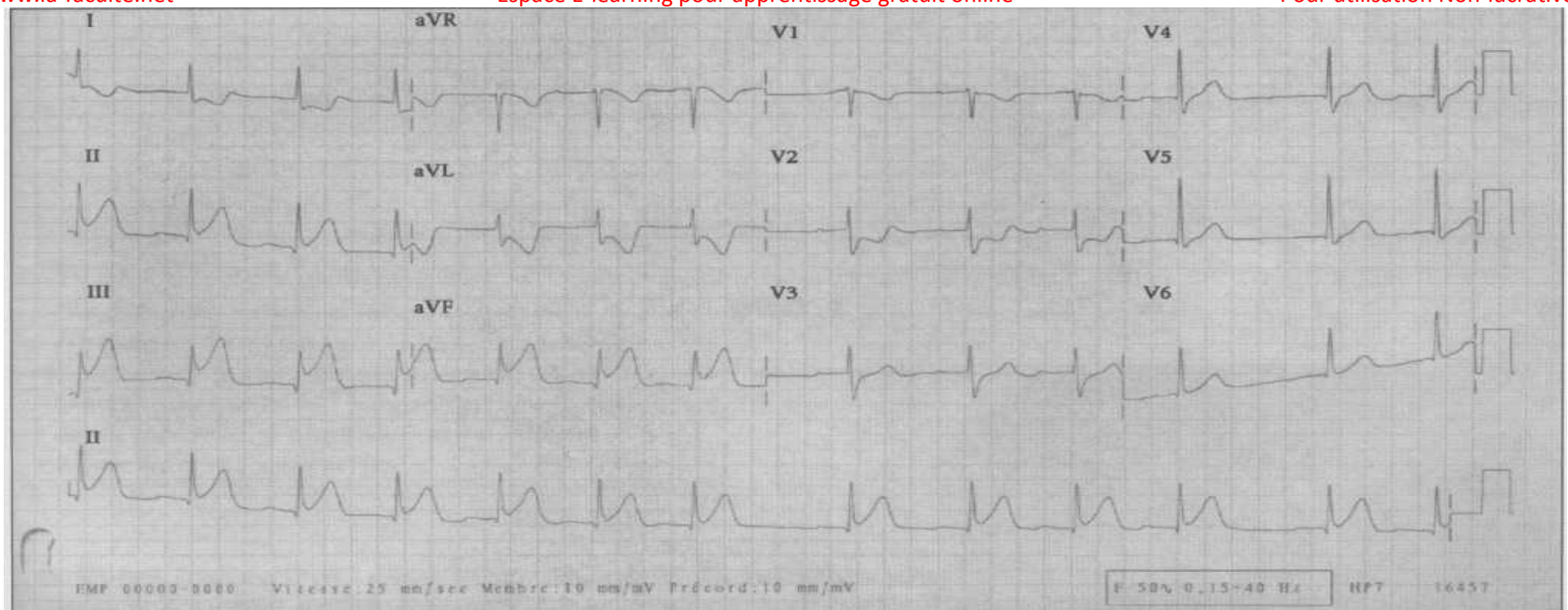
- ▶ Accident vasculaire cérébral
- ▶ Hémisphérique droit
- ▶ Par embolie d'origine cardiaque
- ▶ Sur anévrisme du VG post infarctus



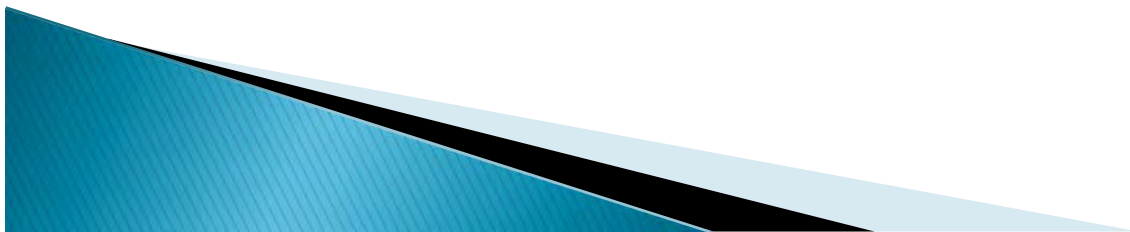
# Cas clinique n°2

- ▶ Madame C., 64 ans, est hospitalisée en USIC pour un syndrome douloureux thoracique.
- ▶ Antécédents
- ▶ Tabac: 40 paquets-année. Hypercholestérolémie connue traitée par régime. Surpoids (1 m 57, 68 kilos).
- ▶ Apparition il y a 3 heures, au repos, d'une douleur médiosternale rétrosternale, en étau, avec éructations, vomissements et bâillements incessants. La douleur irradie dans les épaules et la mâchoire inférieure.
- ▶ Examen clinique : tension artérielle = 110/60 mm Hg, pouls = 75/minute, température = 37,4°C
- ▶ Auscultation : quelques crépitations des 2 bases pulmonaires, bruit de galop présystolique. Souffle carotidien droit, fémoral gauche. Abolition du pouls tibial postérieur gauche.
- ▶ L'ECG suivant est enregistré (ECG 1 et 1 suite).





1. Quel est votre diagnostic ?
2. Quelle est votre prise en charge immédiate, en dehors de tout traitement médicamenteux ?

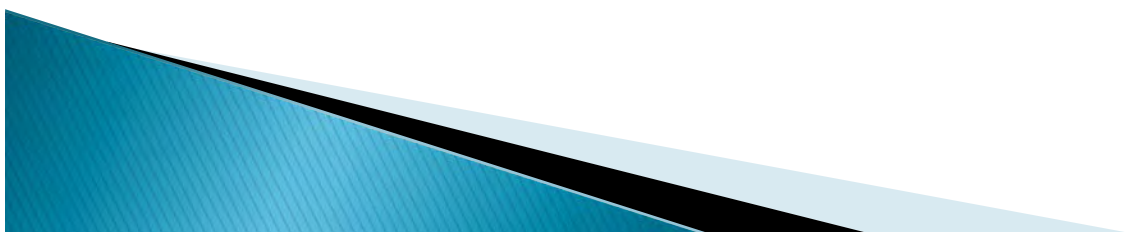


- ▶ 1. Quel est votre diagnostic ?
- ▶ SCA ST + Inférieur KILLIP 2
- ▶ En cours de constitution
- ▶ Avec possible extension au VD (sus décalage de ST en V4R)
- ▶ NB : PR à 0,20 s (limite du BAV 1)
- ▶ NB : Courant de lésion sous épocardique (sus décalage de ST) en D2, D3, Vf, V4R et images en miroir (sous décalage de ST) en D1, V1, V2.

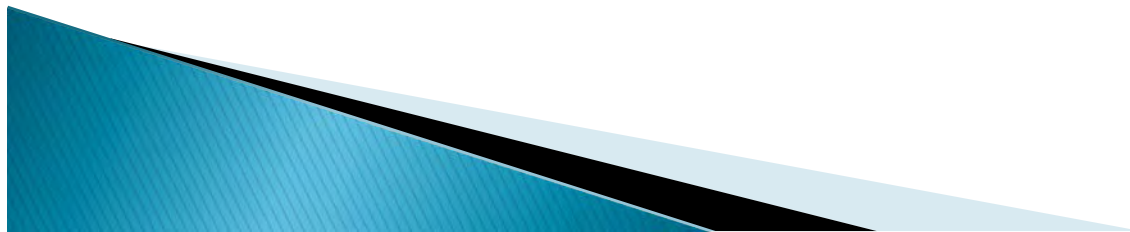
## 2. Quelle est votre prise en charge immédiate, en dehors de tout traitement ?

- ▶ Repos au lit strict
- ▶ A jeun
- ▶ Demi assis
- ▶ Oxygénothérapie nasale 3 à 6 litres/minute (car insuffisance cardiaque gauche)
- ▶ Défibrillateur dans la chambre
- ▶ Pose de deux voies d'abord veineuses
- ▶ Pose d'un monitoring cardiotensionnel
- ▶ Surveillance (oubli = 0)

3. L'infirmière vous rappelle quelques instants plus tard, car la malade est en état de choc. Quelle(s) hypothèse(s) diagnostique(s) formulez-vous ?



- ▶ Bradycardie sinusale (choc vagal)
- ▶ Bloc auriculoventriculaire de haut degré
- ▶ Tachycardie ventriculaire
- ▶ Fibrillation ventriculaire (oubli = 0)
- ▶ Rupture septale
- ▶ Insuffisance mitrale aiguë
- ▶ Rupture de la paroi libre du VG
- ▶ Infarctus étendu au ventricule droit
- ▶ Choc cardiogénique primaire

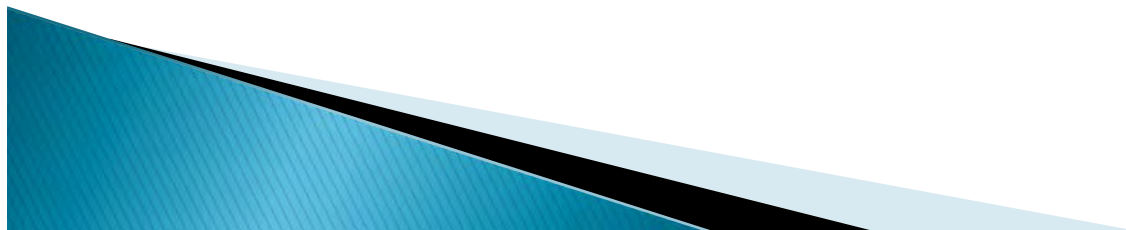


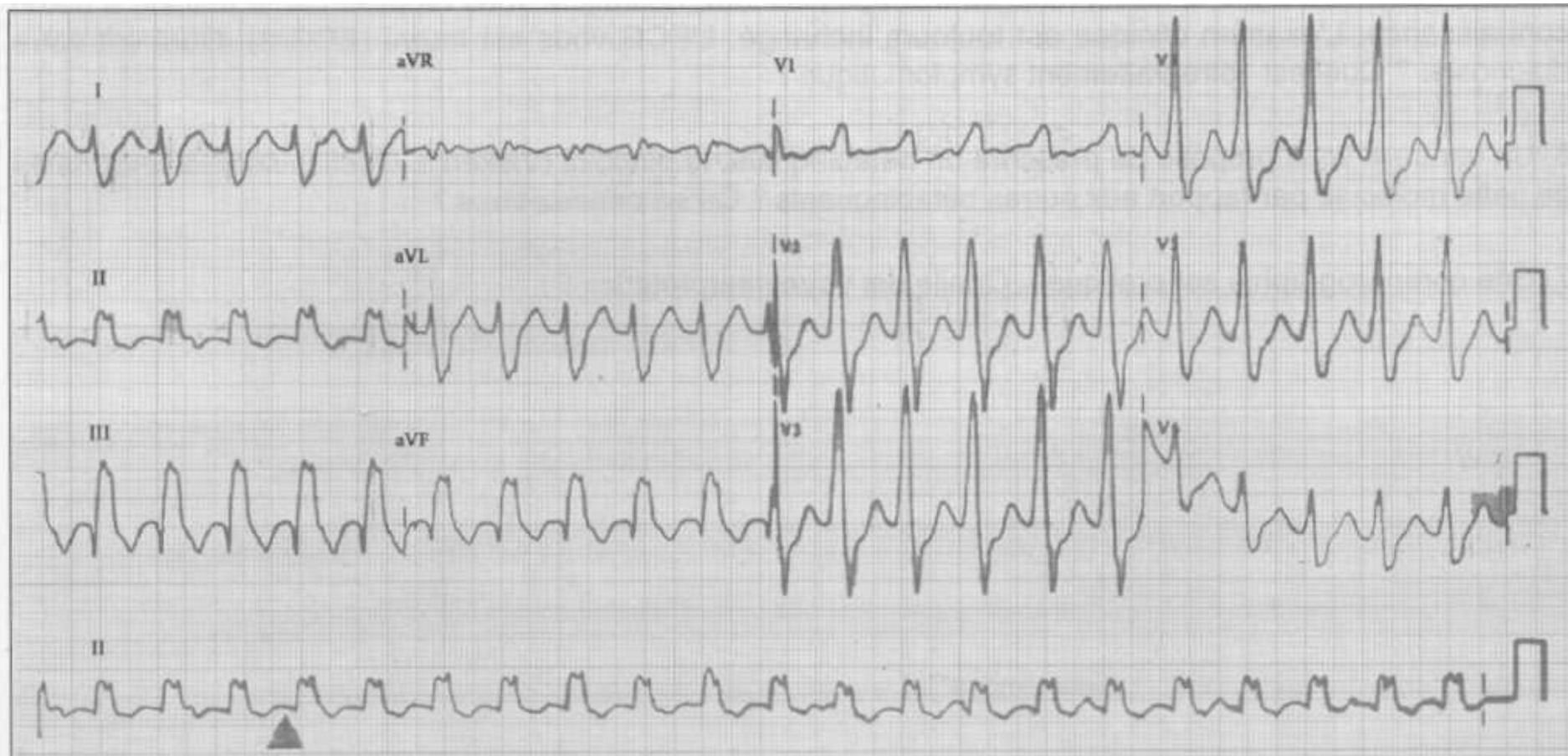
4. L'examen clinique est inchangé. L'ECG s'inscrit en rythme sinusal à une fréquence de 35 par minute et montre toujours le même aspect.

- ▶ Quel est votre diagnostic ?
- ▶ Quel est votre traitement symptomatique'?

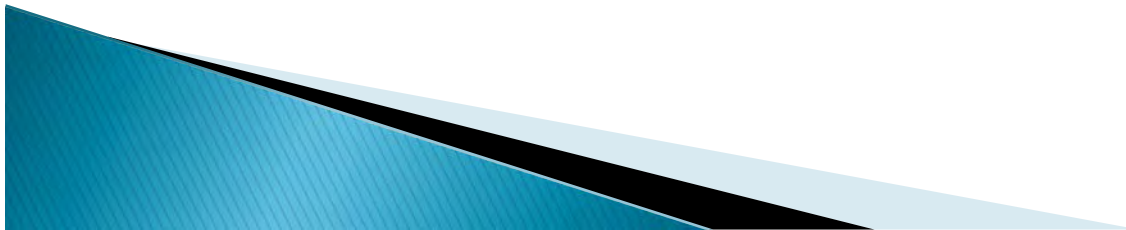


- ▶ 5. Votre traitement a été efficace, mais 45 minutes plus tard, l'infirmière vous rappelle car la malade a perdu connaissance. L'examen clinique est toujours inchangé. L'ECG vous est fourni (ECG 2).
- ▶ Quel est votre diagnostic ?
- ▶ Quel est votre traitement symptomatique ?





- ▶ Tachycardie ventriculaire (axe droit, retard droit) mal supportée
- ▶ Choc électrique externe en urgence
- ▶ Prévention des récurrences: amiodarone IVSE  
1 mg/min pdt 6H puis 0,5 mg/min
- ▶ Surveillance (oubli = 0)



## 7. Une coronarographie est pratiquée. Quelle est votre interprétation ?

